

Obstrucción Intestinal

Redactor

Dr. Alam Colmán

Médico egresado de la Universidad Privada del Este, sede Presidente Franco (Promoción 2023)

Especialista en Didáctica Universitaria por la Universidad Nacional del Este

Desempeño destacado en el examen de la CONAREM

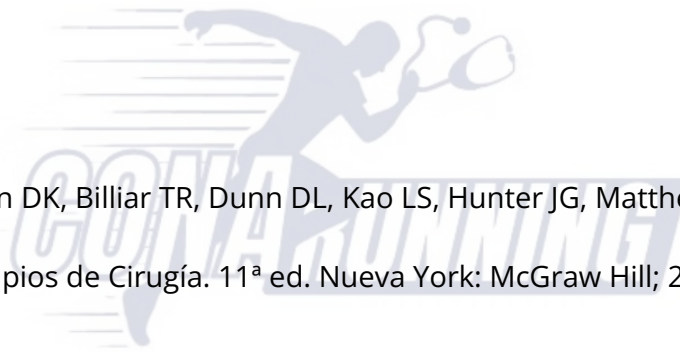
Médico Residente en la especialidad de Medicina Interna (R2, Hospital Fundación Tesã)

Experiencia en práctica asistencial de alta complejidad

Docente en formación médica.

Bibliografía

1. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editores. Schwartz. Principios de Cirugía. 11ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2020.



Obstrucción Intestinal

RESUMEN 2026

Guía clínica completa sobre epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la obstrucción mecánica del intestino delgado, el trastorno quirúrgico más frecuente de esta porción intestinal.

Epidemiología y Clasificación

La obstrucción mecánica del intestino delgado es el **trastorno quirúrgico más frecuente** de esta porción intestinal. Según su relación con la pared intestinal, las causas se clasifican en tres grandes grupos:

Intraluminales

- Cuerpos extraños
- Cálculos biliares
- Meconio

Intramurales

- Tumores
- Estenosis inflamatorias por enfermedad de Crohn

Extrínsecas

- Adherencias
- Hernias
- Carcinomatosis

Principales Causas

Las **adherencias intraabdominales** por cirugías previas representan aproximadamente el **75% de los casos**. Otras causas frecuentes incluyen hernias, obstrucción neoplásica intestinal y enfermedad de Crohn.

Obstrucción por neoplasias

Habitualmente se produce por compresión extrínseca o invasión de tumores malignos avanzados originados en otros órganos. Es menos frecuente que se deba a un cáncer primario del intestino delgado.

Causas congénitas

Generalmente se manifiestan durante la infancia, aunque en ocasiones debutan en la edad adulta. Incluyen rotación intestinal anómala y vólvulo del intestino medio.

Síndrome de la arteria mesentérica superior

La arteria mesentérica superior comprime la tercera porción del duodeno. Debe sospecharse en pacientes jóvenes, asténicos, con síntomas crónicos compatibles con obstrucción proximal.

Causas comunes de la obstrucción del intestino delgado

Adherencias

Neoplasias

- Neoplasias primarias de intestino delgado
- Cáncer secundario de intestino delgado (p. ej., metástasis derivadas de melanomas)
- Invasión local por neoplasia maligna intraabdominal (p. ej., tumores desmoides)
- Carcinomatosis

Hernias

- Externas (p. ej., inguinal y femoral)
- Internas (p. ej., después de cirugía de derivación gástrica en Y de Roux)

Enfermedad de Crohn

Vólvulo

Intususcepción

Estenosis inducida por radiación

Estenosis posisquémica

Cuerpo extraño

Íleo por cálculo biliar

Diverticulitis

Divertículo de Meckel

Hematoma

Anormalidades congénitas (p. ej., membranas, duplicaciones y rotación anómala)

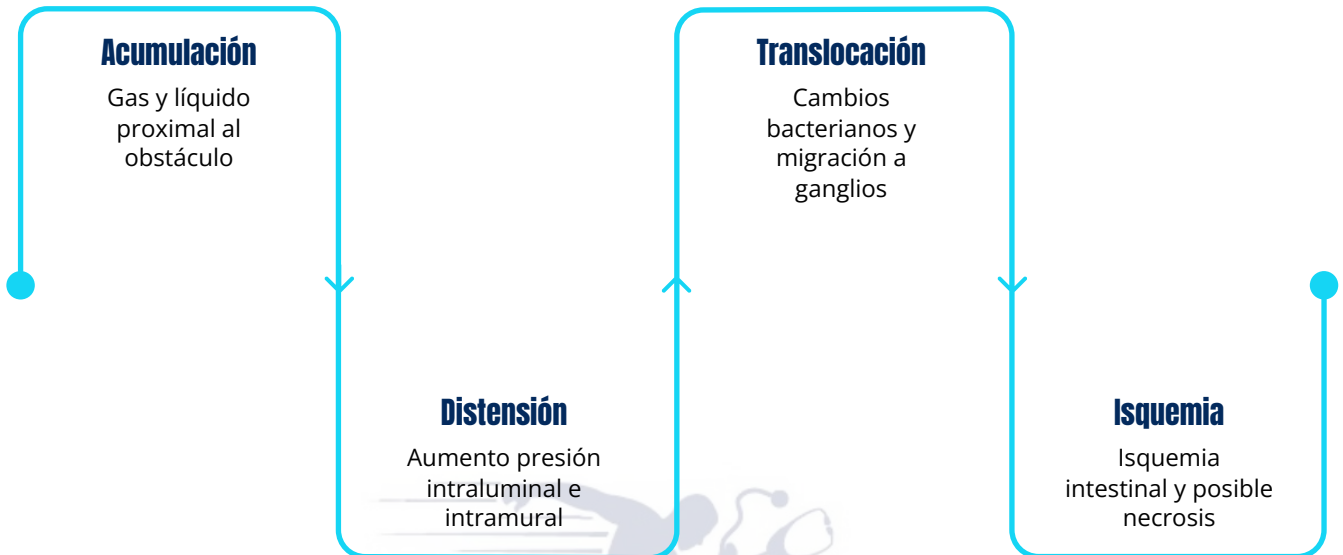
75%

Adherencias

Principal causa de obstrucción intestinal

Fisiopatología

Al iniciarse la obstrucción se desencadena una cascada fisiopatológica progresiva que puede llevar a complicaciones graves si no se trata a tiempo.



El gas acumulado proviene principalmente del **aire deglutido**. El líquido acumulado corresponde a líquidos ingeridos, secreciones gastrointestinales y aumento de secreción de agua por el epitelio intestinal. Cuando la presión intramural compromete la microcirculación, aparece isquemia que puede progresar a necrosis, denominándose **obstrucción intestinal estrangulante**.

Obstrucción parcial

Solo una parte de la luz intestinal está ocluida. Permite el paso de cierta cantidad de gas y líquido. La progresión fisiopatológica es más lenta con menor probabilidad de estrangulación.

Obstrucción de asa cerrada

Existe obstrucción proximal y distal de un segmento intestinal (ej.: vólvulo). El gas y líquido no pueden escapar en ningún sentido, produciendo rápido aumento de la presión luminal. Evoluciona rápidamente hacia estrangulación.

Presentación Clínica



Síntomas principales

- Dolor abdominal tipo cólico
- Náuseas y vómitos
- Estreñimiento



Características del vómito

Más prominente en obstrucciones proximales. El **vómito fecaloide** sugiere crecimiento bacteriano excesivo u obstrucción más establecida.



Signos físicos

Distensión abdominal más marcada en obstrucción del íleon distal. Ruidos intestinales inicialmente hiperactivos, que disminuyen en etapas avanzadas.



Laboratorio

Hemoconcentración, alteraciones electrolíticas y leucocitosis leve frecuente como signos de déficit de volumen intravascular.

- ⊗ La eliminación continua de flatos o heces durante más de 6–12 horas desde el inicio de los síntomas sugiere obstrucción parcial más que completa.

Datos de Obstrucción Estrangulada

La presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos debe hacer sospechar **estrangulación intestinal** y necesidad de intervención quirúrgica urgente:



Taquicardia



Dolor localizado a la palpación



Fiebre



Leucocitosis marcada



Acidosis

El dolor abdominal desproporcionado respecto a los hallazgos físicos sugiere isquemia intestinal y debe alertar al clínico sobre la posibilidad de estrangulación.

Diagnóstico

Los objetivos de la valoración diagnóstica son: distinguir obstrucción mecánica de íleo, determinar la causa, diferenciar obstrucción parcial de total y distinguir obstrucción simple de estrangulamiento.

1

Interrogatorio y examen físico

Antecedentes de cirugías abdominales previas (sugieren adherencias), cáncer intraabdominal o enfermedad intestinal inflamatoria. Búsqueda meticulosa de hernias inguinales y femorales.

2

Radiografías simples

Tríada característica: asas de intestino delgado dilatadas (>3 cm), niveles hidroaéreos y escasez de aire en el colon. Sensibilidad 70–80%, especificidad baja.

3

Tomografía computarizada (CT)

Sensibilidad 80–90%, especificidad 70–90%. Identifica zona de transición, dilatación proximal, descompresión distal y hallazgos de estrangulamiento como neumatosis intestinal o gas en vena porta.

4

Contraste oral hidrosoluble

La llegada del contraste al colon en las primeras 24 horas predice resolución no quirúrgica. Reduce la estancia hospitalaria aunque no disminuye la tasa de cirugía.



Hallazgos Diagnósticos en CT

Hallazgos de obstrucción simple

- Zona de transición definida
- Dilatación intestinal proximal
- Descompresión distal
- Contraste que no progresa más allá de la zona de transición
- Colon con poco gas o líquido

Hallazgos de asa cerrada

- Asa intestinal dilatada en forma de U o C
- Vasos mesentéricos con disposición radial que convergen hacia un punto de torsión

Enterocclisis

Instilación de 200–250 ml de bario y 1–2 L de solución de metilcelulosa a través de una sonda nasoentérica hasta yeyuno proximal. Permite mejor valoración de la superficie mucosa y detecta lesiones pequeñas incluso entre asas superpuestas. Mayor sensibilidad que la serie de intestino delgado para obstrucción parcial. La **enterocclisis con CT** ha mostrado mejores resultados que los estudios contrastados convencionales.

- ❗ Sensibilidad de la CT <50% para obstrucciones parciales o de bajo grado. Puede ser difícil identificar zonas de transición sutiles.

Hallazgos de estrangulamiento

- Engrosamiento de la pared intestinal
- Neumatosis intestinal
- Gas en vena porta
- Opacidad mesentérica
- Disminución de la captación de contraste en la pared intestinal

Tratamiento: Medidas Iniciales

La obstrucción intestinal produce una importante pérdida de volumen intravascular debido a tres mecanismos: disminución de la ingesta oral, vómitos y secuestro de líquidos dentro de la luz intestinal.

1

Reposición de líquidos

Reposición agresiva con soluciones isotónicas intravenosas como primera medida terapéutica.

2

Sonda vesical

Para controlar la diuresis y valorar la respuesta a la reanimación.

3

Antibióticos

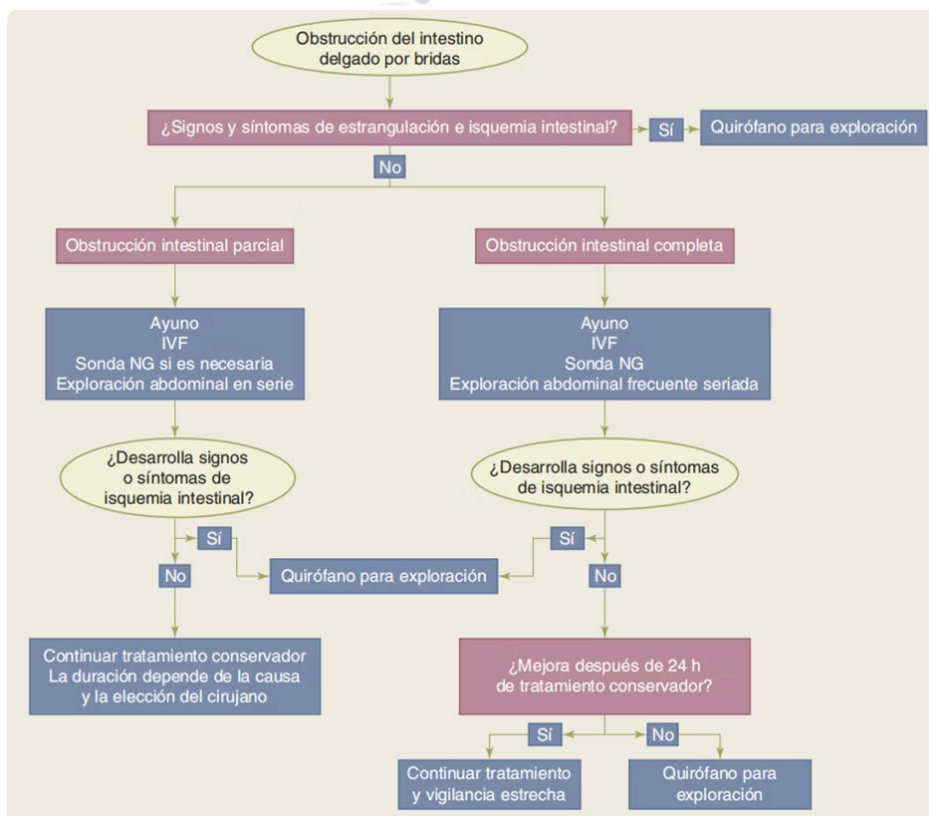
Amplio espectro por la proliferación y posible translocación bacteriana favorecida por la obstrucción.

4

Descompresión nasogástrica

Disminuye la distensión intestinal, reduce náuseas y vómitos, y disminuye el riesgo de broncoaspiración.

- ❑ Las antiguas sondas largas que avanzaban hasta yeyuno o íleon han caído en desuso por presentar más complicaciones sin demostrar mejores resultados.



¿Cuándo Operar?

Tradicionalmente toda obstrucción completa del intestino delgado se consideraba indicación quirúrgica urgente por el riesgo de progresión hacia estrangulación, isquemia y necrosis intestinal. Actualmente algunos pacientes pueden recibir inicialmente **tratamiento conservador**, pero solamente cuando no existen datos de asa cerrada ni signos de isquemia intestinal.

⚠ Ningún estudio clínico, de laboratorio o de imágenes permite descartar con total seguridad el estrangulamiento. Estos pacientes deben vigilarse estrechamente.

La aparición de taquicardia, dolor abdominal localizado, leucocitosis progresiva o signos de peritonitis obliga a considerar **cirugía urgente**.

Situaciones donde se intenta manejo conservador

01

Obstrucción parcial del intestino delgado

02

Obstrucción en el periodo posoperatorio temprano

03

Obstrucción intestinal causada por enfermedad de Crohn

04

Carcinomatosis

Manejo Conservador: Situaciones Específicas

Obstrucción parcial

Rara vez progresa a estrangulación porque todavía existe cierto paso de contenido intestinal. Se intenta hidratación, corrección hidroelectrolítica y descompresión con sonda nasogástrica. Éxito en **dos tercios a cuatro quintas partes** de los pacientes. Si no hay mejoría en 48 horas, se indica cirugía.

Obstrucción posoperatoria temprana

Puede aparecer tras laparotomía, especialmente cirugía pélvica o colorrectal. Sospechar cuando la función intestinal no reaparece luego de 3-5 días. Puede mantenerse tratamiento conservador hasta **2-3 semanas**. Cirugía reservada para obstrucción completa, peritonitis o deterioro clínico.

Enfermedad de Crohn

Las estenosis inflamatorias frecuentemente se manejan inicialmente de forma conservadora, reservando la cirugía para casos refractarios o complicados.

Carcinomatosis

El tratamiento debe individualizarse. Recordar que no toda obstrucción en un paciente con cáncer es causada por el tumor; muchas veces la causa son **adherencias posquirúrgicas**.

- ❗ El contraste hidrosoluble (Gastrografin) puede favorecer la resolución de algunas obstrucciones parciales al atraer líquido hacia la luz intestinal. Si alcanza el colon en las primeras 24 horas, existe alta probabilidad de resolución espontánea.

Tratamiento Quirúrgico

La cirugía depende de la causa de la obstrucción y requiere una valoración intraoperatoria cuidadosa de la viabilidad intestinal.

Adherencias

Adhesiolisis

Hernias

Reducción y reparación

Tumores

Resección

Estrangulación

Resección del intestino afectado

Valoración de la viabilidad intestinal

Durante la cirugía debe determinarse si el intestino está vivo o necrótico. Los signos clásicos de viabilidad son:

- Color normal
- Presencia de peristalsis
- Pulsaciones arteriales marginales

Aunque existen métodos complementarios como Doppler o fluoresceína, la **valoración clínica del cirujano** sigue siendo el criterio más importante.

- ☐ Cuando existe duda sobre la viabilidad de un segmento intestinal extenso, puede realizarse una **cirugía de segunda vista** a las 24–48 horas para preservar la mayor cantidad posible de intestino funcional.

Laparoscopia en la Obstrucción Intestinal

La laparoscopia se utiliza con **mayor frecuencia** en la obstrucción intestinal, ofreciendo ventajas significativas frente a la cirugía abierta.

Recuperación más rápida

Menor tiempo de convalecencia y retorno más precoz a la actividad normal.

Menor tasa de complicaciones

Reducción de infecciones de herida y otras complicaciones postoperatorias.

Menor estancia hospitalaria

Alta más precoz con reducción de costes asociados.

- ⚠ Los mejores candidatos son pacientes con obstrucciones tempranas probablemente causadas por una sola adherencia. La presencia de múltiples adherencias o distensión intestinal importante dificulta el procedimiento y aumenta el riesgo de conversión a cirugía abierta, que ocurre en aproximadamente el **17–33% de los casos**.

Resultados y Pronóstico

El pronóstico se relaciona directamente con la causa de la obstrucción y la presencia o ausencia de estrangulamiento.

<5%

Mortalidad sin estrangulamiento

Mortalidad perioperatoria en obstrucción sin estrangulamiento, principalmente en pacientes de edad avanzada con comorbilidades.

8-25%

Mortalidad con estrangulamiento

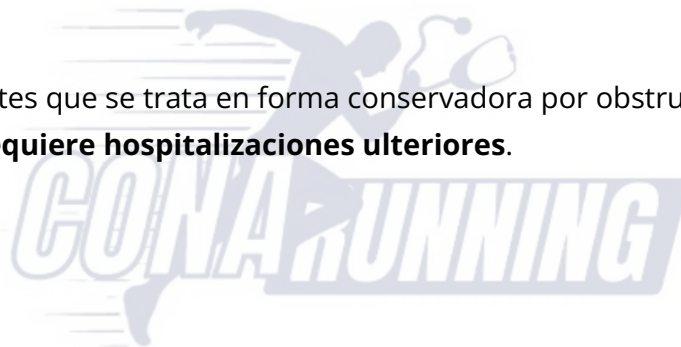
Tasas de mortalidad relacionadas con la operación por obstrucción con estrangulamiento.

<20%

Reingreso en 5 años

Pacientes tratados conservadoramente por bridas que reingresan con otro episodio de obstrucción intestinal en los cinco años siguientes.

La mayoría de los pacientes que se trata en forma conservadora por obstrucción del intestino delgado por bridas **no requiere hospitalizaciones ulteriores.**



Prevención

La prevención de la formación de bridas se basa en una técnica quirúrgica adecuada, aunque estas medidas solas frecuentemente no son suficientes.

Técnica quirúrgica adecuada

Manejo cuidadoso del tejido y exposición mínima del peritoneo a cuerpos extraños como base para prevenir la formación de bridas.

Alto riesgo en cirugía colorrectal y pélvica

Se informan índices de reingreso al hospital **mayores del 30%** en los 10 años siguientes por obstrucción del intestino delgado por bridas.

Cirugía abierta vs. laparoscópica

La cirugía abierta se asocia con un incremento de **cuatro veces** en el riesgo de obstrucción de intestino delgado en los cinco años siguientes al procedimiento inicial, después de haber considerado otros factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas y antecedentes de cirugía abdominal.



- ✔ La adopción de técnicas laparoscópicas cuando sea posible representa la estrategia preventiva más eficaz para reducir el riesgo de obstrucción intestinal por adherencias en el futuro.